

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
Faculdade de Medicina



Tradução, adaptação cultural e validação da  
Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa.

Juan Carlos Perdomo Puentes

Orientador: Mestre Paulo Reis Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau  
de Mestre em Cuidados Paliativos.

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
Faculdade de Medicina



Tradução, adaptação cultural e validação da  
Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa.

Juan Carlos Perdomo Puentes

Orientador: Mestre Paulo Reis Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau  
de Mestre em Cuidados Paliativos.

2019

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 17 de setembro de 2019.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Hospital de Santarém e à Universidade de Lisboa a possibilidade que me deram em atingir o objetivo de realizar a minha tese de mestrado.

Ao Mestre Paulo Reis Pina, pela disponibilidade na orientação da mesma, apoio e incentivo que me deu.

A todos os médicos e enfermeiros que inspiraram este trabalho e, em particular, aos que participaram no estudo em causa.

Ao Conselho de Administração, ao diretor de Medicina Interna IV, às enfermeiras chefes e aos colegas que facilitaram e tornaram possível a realização da colheita de dados.

Ao José Carreiro, detentor de um rigor insuperável e um exemplo precioso, sem cuja ajuda, provavelmente, não teria conseguido.

À minha família, em especial ao meu filho Juan David, pela confiança, força e o amor incondicional em todos os momentos.

A todos, colegas, amigos e tantos outros, que me motivaram e apoiaram.

A todos agradeço, não sei se da forma mais adequada, mas pelo menos da forma mais sincera.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

(κ)	Kappa de Cohen
BSFS	Bristol Stool Form Scale
BSFS-PT	Bristol Stool Form Scale – Versão Portuguesa
CAML	Centro Académico de Medicina <i>de</i> Lisboa
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte
CP	Cuidados Paliativos
Doc.	Documento
Ltd	Limitada
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

## RESUMO

**Introdução:** A diarreia e a obstipação são problemas frequentes no seguimento dos doentes paliativos, de modo que o controlo e tratamento adequados desses sintomas dependem de uma identificação eficaz das características das fezes. A *Bristol Stool Form Scale* (BSFS), cuja versão portuguesa agora se propõe (BSFS-PT), trata-se de uma escala médica destinada a classificar a forma das fezes humanas em sete categorias, a saber: os tipos 1 e 2 indicam obstipação; os tipos 3 e 4 são considerados ótimos; quanto aos tipos 5 e 7, estão associados à diarreia.

**Objetivo:** Traduzir, adaptar culturalmente e validar a *BSFS* para a população portuguesa.

**Métodos:** A versão original (língua inglesa) da BSFS foi adaptada para a língua e cultura portuguesas, através das etapas definidas por Beaton et al. (2000): tradução inicial, síntese das traduções (produzindo uma tradução comum), retrotradução, comité de especialistas, pré-teste (teste da versão pré-final), submissão dos documentos para apreciação dos autores do instrumento<sup>1</sup>. A validação foi efetuada numa amostra de 100 elementos constituída por 50 médicos e 50 enfermeiros.

**Resultados:** O nível de acerto e erro na correlação entre a imagem e a sua descrição, usando o número absoluto de escolhas, foi 94.14%. Com a análise da confiabilidade interna determina-se que o valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, verificando-se a consistência interna desta escala, ou seja, a confiabilidade, pelo que podemos concluir que a

escala é validada por esta amostra. Feita a comparação entre os grupos para o total de respostas corretas, verifica-se que o valor médio deste total é superior para enfermeiros (6,84) e inferior para médicos (6,34). O valor do coeficiente Kappa de Cohen é de 0,778, existindo concordância substancial entre o total de respostas corretas nas duas aplicações da BSFS. Portanto, globalmente podemos concluir que os resultados do teste-reteste confirmam a reprodutibilidade da escala BSFS-PT, uma vez que as medidas de concordância entre as duas aplicações da escala são quase sempre perfeitas.

**Conclusão:** A BSFS-PT revelou-se reprodutível, confiável e válida no meio hospitalar, no contexto cultural português. A versão da BSFS-PT tem grande utilidade na prática clínica para identificar as características das fezes, sendo de fácil utilização e compreensão.

**Palavras-chave:** Bristol Stool Form Scale, diarreia, obstipação, Cuidados Paliativos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Diarrhea and constipation are frequent problems in the follow-up of palliative patients, so that proper management and control of these symptoms depend on effective identification of stool characteristics. The *Bristol Stool Form Scale* (BSFS), whose Portuguese version is now proposed (BSFS-PT), is a medical scale designed to classify the shape of human stools into seven categories: type 1 and 2 indicate constipation; type 3 and 4 are considered optimal; with regard to type 5 and 7, are associated with the tendency for increased diarrhea.

**Objective:** To translate, adapt culturally and validate the Bristol Stool Form Scale for the Portuguese population.

**Methods:** The original version (English language) of the BSFS was adapted to the Portuguese language and culture, through the steps defined by Beaton et al. (2000): initial translation, synthesis of the translations (producing one common translation), back translation, expert committee review, pretesting (test of the prefinal version), submission of documentation to the authors of the instrument<sup>1</sup>. Validation was performed on a 100-member sample of 50 physicians and 50 nurses.

**Results:** The level of correctness and error in the correlation between the image and its description, using the absolute number of choices, was: 94.14%. With the analysis of the internal reliability, it is determined that the Cronbach's alpha value is higher than the value of 0.60, checking the internal consistency of this scale, that is, the reliability, so we can



conclude that the scale is validated by this sample. Comparing the groups for the total number of correct answers, it can be verified that the mean value of this total is higher for nurses (6.84) and lower for physicians (6.34). The value of Cohen's Kappa coefficient is 0.778, with substantial agreement between the total of correct responses in the two BSFS applications. Therefore, overall, we can conclude that the test-retest results confirm the reproducibility of the BSFS-PT, since the agreement measures between the two applications of the scale are almost always perfect.

**Conclusion:** The BSFS-PT proved to be reproducible, reliable and valid in the hospital environment, in the Portuguese cultural context. The BSFS-PT has great utility in clinical practice to identify stool characteristics and is easy to use and understand.

**Key words:** Bristol Stool Form Scale, diarrhea, constipation, Palliative Care.

## ÍNDICE GERAL

Agradecimentos .....	iv
Lista de abreviaturas e símbolos.....	v
Resumo .....	vi
Índice geral .....	x
Índice de tabelas .....	xii
Introdução.....	15
Capítulo I – Enquadramento teórico.....	17
1. Cuidados Paliativos – sintomas .....	17
2. A diarreia em Cuidados Paliativos .....	18
3. Obstipação em Cuidados Paliativos .....	19
4. O papel das escalas em Cuidados Paliativos .....	21
Capítulo II – Métodos.....	23
1. Tipo de estudo .....	23
2. População e amostra .....	23
3. Instrumento de colheita de dados .....	24
3.1. Escolha do instrumento de medida.....	24
3.2. Interpretação da Bristol Stool Form Scale.....	25
4. Procedimentos metodológicos.....	26
4.1. Procedimentos de tradução e adaptação cultural .....	26
4.1.1. Etapa I: Tradução.....	28
4.1.2. Etapa II: Síntese das traduções .....	29
4.1.3. Etapa III: Retrotradução ou Backtranslation .....	29
4.1.4. Etapa IV: Comissão de especialistas (validade de conteúdo).....	30

4.1.5. Etapa V: Pré-teste .....	30
4.1.6. Etapa VI: Submissão dos documentos para apreciação dos autores do instrumento .	31
4.2. Validação do instrumento .....	31
4.2.1. Métodos estatísticos utilizados .....	33
4.2.1.1. Estatística Descritiva .....	33
4.2.1.2. Coeficiente Kappa de Cohen ( $\kappa$ ) .....	34
4.2.1.3. Análise de consistência interna de escalas .....	34
4.2.1.4. Teste do Qui-quadrado .....	35
4.2.1.5. Teste t de Student .....	36
4.3. Considerações éticas.....	37
Capítulo III – Apresentação, análise e interpretação de resultados .....	38
1. Amostra de 100 elementos .....	38
1.1. Caracterização das respostas .....	38
1.2. Nível de acerto e erro na correlação entre a imagem e sua descrição, usando o número absoluto de escolhas .....	41
1.3. Análise da confiabilidade interna .....	42
1.4. Comparação entre os grupos para todas as opções.....	44
1.5. Comparação entre os grupos para o total de respostas corretas .....	45
2. Amostra de 10 elementos .....	45
2.1. Análise Teste-Retestes .....	45
Capítulo IV – Discussão e limitações do estudo .....	52
Conclusão .....	56
1. Conclusões gerais .....	56
2. Considerações finais .....	57
Referências bibliográficas .....	58
Anexos .....	61

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - BSFS reproduzida com a permissão do Dr K W Heaton, docente de Medicina na Universidade de Bristol. © 2000 Norgine Pharmaceuticals Ltd.....	25
Tabela 2 - Fluxograma dos procedimentos adotados para a tradução, adaptação cultural e validação da BSFS para a população portuguesa .....	27
Tabela 3 - Distribuição da amostra .....	32
Tabela 4 - Tabela de frequências: 1. Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas. ....	38
Tabela 5 - Tabela de frequências: 2. Pedacos moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir) .....	38
Tabela 6 - Tabela de frequências: 3. Em forma de salsicha, mas grumosa.....	39
Tabela 7 - Tabela de frequências: 4. Pedacos fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado. 39	
Tabela 8 - Tabela de frequências: 5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície .....	40
Tabela 9 - Tabela de frequências: 6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole.....	40
Tabela 10 - Tabela de frequências: 7. Pedacos duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir) .....	41
Tabela 11 - Tabela de frequências: BSFS.....	41
Tabela 12 - Tabela de frequências: Total de respostas corretas.....	42
Tabela 13 - Estatísticas de consistência interna: BSFS .....	42
Tabela 14 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: BSFS .....	43
Tabela 15 - Tabela de frequências: Comparação entre as respostas dadas por médicos e enfermeiros.....	44
Tabela 16 - Estatística descritiva e Teste t: Comparação entre o total de respostas corretas dadas por médicos e enfermeiros .....	45
Tabela 17 - Tabela de frequências: Resposta “1. Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS .....	46
Tabela 18 - Tabela de frequências: Resposta “2. Pedacos moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS .....	46

Tabela 19 - Tabela de frequências: Resposta “3. Em forma de salsicha, mas grumosa” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS .....	47
Tabela 20 - Tabela de frequências: Resposta “4. Pedacos fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS .....	47
Tabela 21 - Tabela de frequências: Resposta “5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS.....	48
Tabela 22 - Tabela de frequências: Resposta “6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS .....	48
Tabela 23 - Tabela de frequências: Resposta “7. Pedacos duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS .....	49
Tabela 24 - Tabela de frequências: Total de respostas corretas na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS .....	50
Tabela 25 - Resumo do Teste-Retest: Coeficiente Kappa de Cohen .....	50

## INTRODUÇÃO

A diarreia e a obstipação são dois problemas que afetam os doentes em Cuidados Paliativos (CP), desencadeando (nos próprios doentes e também nos seus familiares) reações de impotência e sofrimento durante o percurso da doença.

Oferecer uma atenção adequada no controlo dos sintomas de diarreia e obstipação é fundamental no tratamento e seguimento dos doentes. Neste caso, é necessário identificar eficientemente as características das fezes, com a finalidade de o doente receber o tratamento apropriado.

Em 1992, sob a direção do Dr. Ken Heaton da Universidade de Bristol, foi realizado um estudo prospetivo sobre a frequência/tempo de defecação e forma das fezes, numa amostra de população constituída por 838 homens e 1059 mulheres<sup>2</sup>. A *Bristol Stool Form Scale* (BSFS), cuja versão portuguesa agora se propõe (BSFS-PT), foi sugerida como ferramenta de avaliação clínica destinada a classificar a forma das fezes humanas em sete categorias.

A escala descreve sete tipos de dejeções: os tipos 1 e 2 indicam obstipação; os tipos 3 e 4 são considerados ótimos, especialmente o último, uma vez que este tipo de fezes facilita a defecação; quanto aos tipos 5 e 7, estão associados à diarreia.

Assim, após a permissão para a utilização da escala, decidiu-se realizar a tradução, adaptação cultural e validação da BSFS-PT.

O estudo tem como finalidade disponibilizar aos profissionais de saúde em Portugal um instrumento contextualmente adequado que permita classificar a forma das fezes humanas nos doentes. Assim, os objetivos definidos são:

**Objetivo Geral:** Traduzir, adaptar e validar um instrumento de reconhecimento de diarreia e obstipação em doentes paliativos, no contexto cultural português.

**Objetivos específicos:** Traduzir, adaptar culturalmente e validar a Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa.

Quanto à estrutura do trabalho, este encontra-se organizado em quatro capítulos e uma parte final destinada à conclusão.

O capítulo I é composto pelo enquadramento teórico, onde se realiza uma revisão da literatura médica estruturada em quatro temáticas: CP – sintomas; diarreia em CP; obstipação em CP; o papel das escalas em CP. No capítulo II, descreve-se a metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo, nomeadamente, o tipo e os objetivos de estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos de tradução e adaptação cultural, a validação do instrumento e as considerações éticas. No capítulo III, há a apresentação, análise e interpretação de resultados. No capítulo IV, procede-se à discussão e apresentação das limitações do estudo.

Na parte destinada à conclusão, apresentam-se as conclusões gerais e considerações finais.

## CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, procede-se a uma breve revisão sobre os conceitos relacionados com CP; o enquadramento teórico da diarreia e da obstipação; o papel das escalas em CP.

### 1. Cuidados Paliativos – sintomas

O controlo dos sintomas é a base na qual se sustenta os outros princípios nos CP. Os doentes, ao longo do seu percurso e evolução da doença, vão apresentar muitos sintomas com diferentes intensidades e causas multifatoriais. Tais sintomas podem ser:

- Dor
- Sintomas respiratórios: Dispneia, Tosse e Hemoptise
- Sintomas neuro-psíquicos: Ansiedade, Depressão, Insónia, Delirium, Confusão e Mioclonias e Convulsões
- Sintomas digestivos: Náuseas e vômito, Anorexia e Caquexia, Obstipação e Diarreia
- Outros: Xerostomia, Infecções, Halitoses, Retenção urinária, Desidratação e Hemorragias

A obstipação é um sintoma comum, desconfortável e merece tratamento. De acordo com *Palliative Care and Symptom Management* (2013), cerca de 10% dos indivíduos saudáveis têm obstipação durante a vida e a probabilidade é maior para as mulheres, aumentando com a idade em ambos os sexos.

Muitas doenças graves pioram a obstipação. A obstipação é especialmente comum em doentes terminais, podendo exceder 50% dos pacientes com cancro. Algumas pesquisas têm sugerido que a obstipação é tão angustiante para doentes com cancro quanto a dor.



A diarreia ocorre entre 6% e 10% dos pacientes hospitalizados e novamente é maior a sua prevalência em doentes com cancro, embora seja menos comum que a obstipação<sup>3</sup>.

## **2. A diarreia em Cuidados Paliativos**

As causas de diarreia em doentes em CP podem ser os laxantes em dose elevada para o doente em questão, os antibióticos, os antiácidos, os tratamentos como a radioterapia abdominal ou pélvica, a má absorção que pode ocorrer por gastrectomia, ressecção ileal, colectomia, alguns tipos de neoplasias que influenciam a motilidade intestinal, a infeção do trato gastrointestinal ou até hábitos alimentares. Quando a causa é identificável, o tratamento deve ser, sempre que possível, dirigido à mesma.

Com exceção dos pacientes com SIDA, a diarreia é muito menos comum do que a obstipação. Cerca de 10% das pessoas com cancro internadas no hospital ou unidades de CP têm diarreia. A diarreia pode ser altamente debilitante num paciente com doença avançada devido à perda de líquidos e eletrólitos.

A causa mais comum de diarreia em pacientes com doença avançada tem a ver com o uso de laxantes.<sup>4</sup>

### **3. Obstipação em Cuidados Paliativos**

A obstipação, um dos problemas mais frequentes em CP, trata-se de uma condição fisiológica que se caracteriza por menos de três evacuações por semana ou evacuações com fezes duras, secas, ou pequenas, que tornam dolorosa a sua passagem<sup>5</sup>.

Segundo Sobrado et al. (2018)<sup>6</sup>, a definição de obstipação crónica, descrita inicialmente com os critérios de Roma I, incluía quatro sintomas que deveriam estar presentes nos últimos três meses: menos de três evacuações por semana, esforço para evacuar, presença de fezes endurecidas e uma sensação de evacuações incompletas. Posteriormente, os critérios de Roma II englobaram os quatro sintomas e os dois seguintes sintomas: uma sensação de obstrução ou interrupção da evacuação e manobras manuais para facilitar as evacuações. Finalmente, os critérios de Roma III e Roma IV modificaram principalmente o fator cronológico, isto é, os sintomas devem ter tido origem seis meses antes do diagnóstico e estarem presentes nos três meses anteriores. A história clínica dos pacientes com obstipação deve ser analisada juntamente com a consistência fecal, a frequência defecatória, o esforço ao defecar, as manobras digitais, a sensação de evacuações incompletas, a dor e o desconforto abdominal, o uso de laxantes, os antecedentes cirúrgicos, as comorbidades, o estilo de vida, a dieta e a ocupação. No consenso de Roma IV, foi acrescentada uma nova síndrome denominada obstipação induzida por opioides, que está associada ao uso crónico dessas medicações. A BSFS pode ser útil para identificar as características das fezes, facilitando o reconhecimento da gravidade da obstipação.

A obstipação pode definir-se com os seguintes indicadores objetivos: defecar menos de 3 vezes por semana (uma pequena percentagem da população saudável defeca menos de 3 vezes por semana), esforço durante mais de 25% das defecações, fezes duras por vezes

formando fecalomas pelo menos 25% do tempo, sensação de evacuação incompleta pelo menos 25% das vezes e defecação demorando regularmente mais de 10 minutos. Considera-se, no entanto, que a obstipação deve ser definida fundamentalmente pelos doentes, mas se ocorrer um dos factos acima descritos, sobretudo um número de dejeções inferior a três por semana, deve-se proceder a uma avaliação.<sup>7</sup>

Segundo Fernando Menéndez, em *Prevalência e repercussão da obstipação no doente oncológico* (2015), a necessidade de tratar a obstipação no doente oncológico é geralmente devido a uma falha na própria prevenção.

Os doentes em CP têm tendência a apresentarem obstipação de forma constante e persistente. Uma avaliação atempada da prisão de ventre permite a identificação das causas de obstipação, constituindo a base para um controlo adequado e individualizado dos doentes para erradicar ou minimizar as repercussões negativas provocadas por este sintoma (ansiedade, dor abdominal e rectal, distensão abdominal, náuseas, vómitos, retenção urinária e outros efeitos negativos sobre a sensação de bem-estar dos doentes). Em adição, uma intervenção precoce evita complicações relativamente frequentes como: absorção insuficiente de fármacos via oral, fissura anal, hemorroidas, obstrução intestinal e perfuração intestinal.

Os doentes em CP apresentam maior risco de desenvolver obstipação pela combinação de fatores orgânicos e funcionais, por exemplo, dentro dos orgânicos: fármacos, transtornos metabólicos, alterações neurológicas, anomalias estruturais como massas tumorais pélvicas, fibrose pós-radiação, entre outras, e dentro dos funcionais: relacionadas com a dieta (falta de apetite, pouca ingestão de líquidos), fatores relacionados com o meio ambiente (falta de privacidade) e outros fatores como a idade avançada, acamamento, depressão e sedação.”<sup>8</sup>

#### **4. O papel das escalas em Cuidados Paliativos**

As equipas de CP alicerçam a sua intervenção na estruturação de um plano de cuidados individual/interdisciplinar que tem por base a avaliação das necessidades dos doentes e seus familiares no âmbito de uma doença que ameaça a vida e condiciona intenso sofrimento. Neste sentido, a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, na sua posição sobre o *Desenvolvimento dos CP em Portugal* (2016), considera que a avaliação e monitorização das necessidades com recurso a instrumentos de avaliação clínica — escalas — validados para a população é um imperativo de todo o sistema, tem como principais vantagens: melhorar os serviços prestados; personalizar os cuidados, avaliando as necessidades individuais; identificar e priorizar os problemas, facilitando a tomada de decisão; reunir evidência científica para promover a robustez das práticas; estabelecer mecanismos de avaliação através dos quais as equipas clínicas podem fazer uso efetivo dos dados recolhidos (indicadores de resultado); minimizar variações na identificação / avaliação das necessidades e na prestação de cuidados; promover a qualidade dos cuidados como promotor / auditor no processo de melhoria continua da qualidade assistencial.

Tratando-se de uma população particularmente vulnerável, é fundamental que a equipa de saúde tenha em conta os requisitos ético-legais na aplicação dos instrumentos de avaliação das necessidades assim como seja criteriosa na eleição dos instrumentos e no momento da aplicação.<sup>9</sup>

Em 2010, um documento de consenso foi desenvolvido por um grupo multidisciplinar dos principais especialistas canadianos em CP, num esforço para definir as melhores práticas no

tratamento paliativo da obstipação. Esse consenso também incluiu a discussão das boas técnicas de avaliação, sendo que o uso da BSFS foi considerado significativo para descrever a consistência das fezes dos doentes.<sup>10</sup>

Fica claro, então, que para identificar as características das dejeções é importante utilizar escalas uniformizadas que deverão ser compreendidas pelo pessoal de saúde, pelo que devem ser adaptadas à população e validadas no contexto em que são aplicadas.

Dado a inexistência em Portugal de instrumentos em língua portuguesa que permitam identificar as características das fezes, a BSFS é um instrumento eficaz para ser traduzido e validado para a população em Portugal.

## **CAPÍTULO II – MÉTODOS**

Neste capítulo descreve-se a metodologia utilizada no estudo. Apresenta-se o tipo de estudo, os objetivos da investigação, a população e a amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos metodológicos adotados, os métodos estatísticos utilizados, assim como as considerações éticas.

### **1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo do tipo metodológico quantitativo de tradução, adaptação e validação de uma escala para a população portuguesa, aplicado a um conjunto de médicos e enfermeiros.

### **2. População e amostra**

A amostra é não probabilística de conveniência, incluindo médicos e enfermeiros.

A amostra de estudo para análise do questionário foi constituída por 100 indivíduos.

Os critérios de inclusão foram:

- Ser médico ou enfermeiro (independentemente do sexo, número de anos de experiência profissional ou serviço de proveniência);
- Ter como língua materna o Português (de Portugal);
- Ter contacto direto com doentes;
- Concordância da participação no estudo;

- Não ter participado no pré-teste;
- Apresentar condição física e condição cognitiva que permitam o preenchimento dos questionários.

Todos os profissionais que cumpriam os critérios de inclusão participaram no estudo. A recolha de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2018.

A instituição escolhida trata-se de um hospital público do Serviço Nacional de Saúde, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (Hospital Distrital de Santarém).

### **3. Instrumento de colheita de dados**

Neste estudo, foi usado um instrumento de colheita de dados: questionário da correlação de imagens com texto da escala de Bristol. (Anexo 1)

#### **3.1. Escolha do instrumento de medida**

A perceção e interpretação que os profissionais de saúde têm da escala para avaliar o tipo de fezes é importante na prática clínica para definir o tratamento eficaz para os doentes.

Optámos pela realização de um questionário, onde se correlaciona as imagens da BSFS com os textos descritivos das imagens.

**Tabela 1 - BSFS reproduzida com a permissão do Dr K W Heaton, docente de Medicina na Universidade de Bristol.**  
 © 2000 Norgine Pharmaceuticals Ltd

	Type 1	Separate hard lumps	<b>SEVERE CONSTIPATION</b>
	Type 2	Lumpy and sausage like	<b>MILD CONSTIPATION</b>
	Type 3	A sausage shape with cracks in the surface	<b>NORMAL</b>
	Type 4	Like a smooth, soft sausage or snake	<b>NORMAL</b>
	Type 5	Soft blobs with clear-cut edges	<b>LACKING FIBRE</b>
	Type 6	Mushy consistency with ragged edges	<b>MILD DIARRHEA</b>
	Type 7	Liquid consistency with no solid pieces	<b>SEVERE DIARRHEA</b>

### 3.2. Interpretação da Bristol Stool Form Scale

As alterações funcionais do intestino podem ser representadas pela BSFS. A escala descreve 7 tipos de dejeções: os tipos 1 e 2 indicam obstipação; os tipos 3 e 4 são considerados ótimos, especialmente o último, uma vez que este tipo de fezes facilita a defecação; quanto aos tipos 5 e 7, estão associados à diarreia.



#### **4. Procedimentos metodológicos**

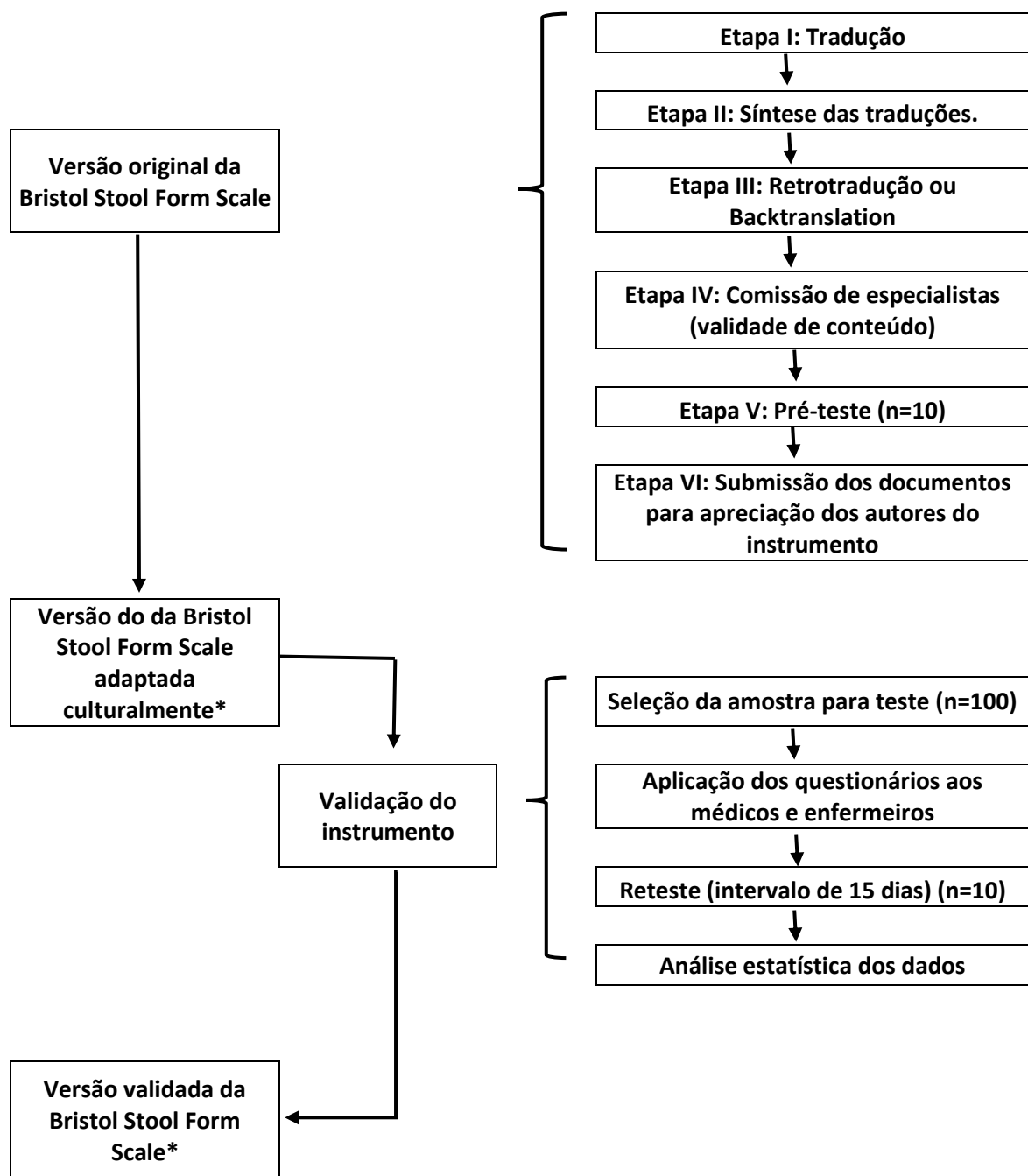
Nesta investigação, seguimos a metodologia apresentada em “Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures” (2000). Beaton et al. propõem as seguintes etapas no processo de adaptação transcultural: tradução, síntese das traduções, retradução, comité de especialistas, pré-teste, submissão dos documentos para apreciação dos autores do instrumento e validação do mesmo<sup>1</sup>.

##### **4.1. Procedimentos de tradução e adaptação cultural**

Antes de iniciar o processo de tradução, adaptação cultural e validação da BSFS para a população portuguesa, entrou-se em contacto com a Norgine Pharmaceuticals, que detém os direitos autorais, a qual concedeu a permissão para usar a BSFS, autorizando também a tradução, validação e adaptação para o português de Portugal (Anexo 2).

Na tabela da página seguinte, descreve-se o processo realizado, sendo uma adaptação de Beaton et al. (2000).

**Tabela 2 - Fluxograma dos procedimentos adotados para a tradução, adaptação cultural e validação da BSFS para a população portuguesa**



\* Apresentação da documentação ao laboratório detentor dos direitos de autor

#### **4.1.1. Etapa I: Tradução**

O primeiro aspeto importante a ser considerado, ao adaptar-se um instrumento, é a sua tradução do idioma de origem para o novo idioma; tal processo é complexo, exigindo uma série de cuidados a fim de se obter uma versão final adequada para o novo contexto, mas também congruente com a versão original.

Beaton et al. (2000) defendem a necessidade de os tradutores serem fluentes no idioma de origem do instrumento e nativos no idioma-alvo. Tal característica permite que o processo de tradução considere as nuances do idioma para o qual o instrumento se destina, possibilitando uma maior adequação cultural do processo de adaptação.

Para Beaton et al. (2000), um dos tradutores deve apresentar familiaridade com o tema avaliado, enquanto um segundo tradutor não deve estar ciente dos objetivos da tradução. A adaptação oriunda do primeiro tradutor tenderia a fornecer maior semelhança científica do instrumento, proporcionando, possivelmente, maior equivalência.

Já a adaptação oriunda do segundo tradutor apresentaria menor probabilidade de desvios em termo de significado dos itens. Por estar menos influenciado pelo objetivo académico da tradução, o segundo tradutor tenderia a oferecer uma versão que melhor reflete a linguagem utilizada pela população-alvo<sup>11</sup>.

Os tradutores, devidamente certificados, foram contactados pessoalmente e, tal como recomendado, possuem perfis diferentes:

O tradutor 1 teve conhecimento dos objetivos do estudo e dos conceitos investigados, oferecendo uma equivalência mais fiável a partir de uma perspetiva médica.

O tradutor 2 não teve conhecimento sobre os termos a ser investigados, nem sobre os objetivos do estudo e não tinha formação médica ou clínica, proporcionando uma tradução que reflete a linguagem utilizada pela população portuguesa.

Nesta etapa foram criados dois documentos diferentes (Doc. 1 e Doc. 2) (Anexos 3 e 4).

#### **4.1.2. Etapa II: Síntese das traduções**

Após o processo de tradução do instrumento da língua original para o idioma-alvo, o pesquisador deve possuir, pelo menos, duas versões do instrumento traduzido. Nesta fase, inicia-se o processo de síntese das versões. Sintetizar as versões de um instrumento refere-se a comparar as diferentes traduções e avaliar as suas discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, com o objetivo de se chegar a uma versão única<sup>12</sup>.

No presente estudo, uma comissão formada por médicos e enfermeiros realizou uma síntese das traduções, gerando um documento com a versão unificada da BSFS para a população portuguesa, congruente com a versão original (Doc. 3) (Anexo 5).

#### **4.1.3. Etapa III: Retrotradução ou Backtranslation**

A tradução reversa é uma forma de verificação de controlo de qualidade. Este procedimento sucede todos os procedimentos de ajuste semântico e idiomático, uma vez que o instrumento, nesta etapa, deverá estar “pronto” para avaliação final do autor do instrumento original. A tradução reversa refere-se a traduzir a versão sintetizada e revista do instrumento para o idioma de origem. O seu objetivo é avaliar em que medida a versão traduzida reflete o conteúdo do item, conforme propõe a versão original.

Segundo Beaton et al. (2000), a realização da tradução reversa deve ser realizada por, pelo menos, outros dois tradutores que não aqueles que realizaram a primeira tradução<sup>11</sup>.

A partir da versão síntese em língua portuguesa (Doc. 3), o instrumento foi traduzido de volta para o idioma original por dois tradutores bilíngues independentes que não tiveram conhecimento prévio do instrumento original.

Nesta etapa, foram criados dois documentos diferentes (Doc. 4 e Doc. 5) (Anexos 6 e 7).

#### **4.1.4. Etapa IV: Comissão de especialistas (validade de conteúdo)**

Dando cumprimento ao recomendado por Beaton et al. (2000), a comissão foi formada por profissionais de saúde (médico e enfermeiro), um professor de português, os tradutores envolvidos no processo e o investigador. Foram analisados todos os documentos anteriores (Doc. 1, Doc. 2, Doc. 3, Doc. 4 e Doc. 5) e o instrumento original para chegar a um consenso e desenvolver a versão pré-final do instrumento (Doc. 6 e Doc. 7) (Anexos 8 e 9).

#### **4.1.5. Etapa V: Pré-teste**

Antes de afirmar que um novo instrumento está pronto para aplicação, deve ser realizado, incondicionalmente, o estudo-piloto. O estudo-piloto refere-se a uma aplicação prévia do instrumento em uma pequena amostra que reflita as características da amostra/população-alvo.

Mais uma vez, neste processo, deve-se avaliar a adequação dos itens em relação ao seu significado e à sua dificuldade de compreensão, bem como as instruções para a administração do teste<sup>11</sup>.

Assim sendo, o Documento 6 foi aplicado por um elemento externo da investigação a 10 profissionais (5 médicos e 5 enfermeiros).

A amostra foi por conveniência e o convite foi realizado por meio de contacto pessoal.

Cada um dos intervenientes foi informado acerca do propósito do pré-teste, tendo recebido um questionário cuja estrutura não podia ser modificada (o número e organização das perguntas, bem como as opções de respostas). Os profissionais analisaram, então, a clareza e o grau de compreensão da formulação das questões, bem como a sua relevância cultural, não tendo sido verificados obstáculos na sua legibilidade. Dada a inexistência de dificuldades na compreensão do questionário, quanto à forma e quanto ao conteúdo, a versão pré-final deu lugar à versão final em português, sem ter sido necessário qualquer reformulação (Doc. 7) (Anexo 9).

#### **4.1.6. Etapa VI: Submissão dos documentos para apreciação dos autores do instrumento**

Durante os meses de maio, junho e julho de 2018, os documentos resultantes das diferentes fases deste processo metodológico foram enviados por correio eletrónico para a Norgine Pharmaceuticals, que detém os direitos autorais. Esta havia concedido a permissão para usar a BSFS, autorizando a tradução, validação e adaptação para o português de Portugal; no entanto, até ao momento não se obteve resposta, apesar das diferentes tentativas de contacto (Anexos 10 a 18).

#### **4.2. Validação do instrumento**

A validação do questionário teve por objetivo avaliar a consistência interna da Escala. A versão final adaptada do questionário foi, então, aplicada a profissionais da área da Saúde em duas ocasiões (teste e reteste).

Aplicou-se a versão definitiva numa amostra de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).

A amostra foi por conveniência e o convite foi realizado por meio de contacto pessoal.

**Tabela 3 - Distribuição da amostra**

	<i>Teste</i>	<i>Reteste</i>
<i>Médicos</i>	50	5
<i>Enfermeiros</i>	50	5
<i>Total</i>	100	10

Aos profissionais de saúde foi fornecido um quadro onde estavam representados, numa coluna, os desenhos dos sete tipos de fezes; na outra coluna, por ordem aleatória, surgia a lista traduzida, para que procedessem à correlação (Anexo 1)

Duas semanas depois, repetiu-se a classificação a 10% dos participantes, com o propósito de testar a sua reprodutibilidade.

Cada questionário foi precedido por um descritivo em que se esclarecia o objetivo do estudo.

O processo de recolha de dados obedeceu a princípios éticos, sendo que todos os que aceitaram participar no estudo fizeram-no de forma intencional e anónima. Também foi garantida a confidencialidade dos dados e da inexistência de custos ou prejuízos para os participantes.

A qualidade de um instrumento de avaliação é determinada por variáveis, dentre as quais se destacam a confiabilidade e a validade.

A confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou a partir de observadores diferentes, indicando aspetos sobre a coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade. Trata-se de um dos critérios principais de qualidade de um instrumento.

A validade refere-se ao facto de um instrumento medir exatamente o que se propõe a medir. Ressalta-se que a validade não é uma característica do instrumento e deve ser determinada em relação a uma questão particular, uma vez que se refere a uma população definida.

Os dados relativos à análise da confiabilidade e validade são apresentados na secção dos resultados e discussão.

#### **4.2.1. Métodos estatísticos utilizados**

Os dados foram tratados e analisados estatisticamente mediante recurso ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Os métodos estatísticos, que a seguir se explicitam, são baseados em Maroco (2011) e Pestana & Gageiro (2008)<sup>12, 13</sup>.

##### **4.2.1.1. Estatística Descritiva**

Em termos de estatística descritiva, apresentam-se as tabelas de frequências ilustrativas das distribuições de valores verificadas.



#### **4.2.1.2. Coeficiente Kappa de Cohen ( $\kappa$ )**

Quando se realizam duas medidas de uma variável, medida em categorias, para determinar se essas duas medidas apresentam concordância, utiliza-se o Kappa de Cohen ( $\kappa$ ) que permite calcular uma medida de concordância entre as duas medidas.

O valor do Kappa de Cohen ( $\kappa$ ) determina a proporção de concordância que está acima do que pode ser considerado como concordância aleatória, variando entre -1 a +1. Tendo por base as indicações de Altman (1999), adaptado de Landis & Koch (1977), os valores de kappa ( $\kappa$ ) podem ser interpretados de acordo com:

0,01 - 0,20: muito fraca concordância

0,21 - 0,40: fraca concordância

0,41 - 0,60: concordância moderada

0,61 - 0,80: concordância substancial

0,81 - 1,00: concordância quase perfeita ou perfeita<sup>14,15</sup>

#### **4.2.1.3. Análise de consistência interna de escalas**

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem, de acordo com Anastasi (1990) e DeVellis (1991), utilizando medidas de consistência interna da escala, sendo o Alfa de Cronbach o modelo mais utilizado, pois mede a consistência interna de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o alfa de

Cronbach será baixo. Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência de que as variáveis medem a mesma dimensão.

Um coeficiente de consistência interna de 0,80 ou mais é considerado como adequado na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de consistência interna entre 0,60 e 0,80 é considerado como aceitável. Estes valores são referidos, por exemplo, por Muñiz (2003), Muñiz *et al.* (2005) e Nunnally (1978)<sup>16,17,18,19,20,21,22</sup>.

#### **4.2.1.4. Teste do Qui-quadrado**

A utilização do teste do qui-quadrado é abordada por Maroco (2011, p. 105-107). Perante duas variáveis nominais ou uma variável nominal e outra ordinal, o teste adequado para verificar a relação entre cada par de variáveis é o Qui-quadrado, em que temos as hipóteses:

- $H_0$ : As duas variáveis são independentes, ou seja, não existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra;
- $H_1$ : As duas variáveis apresentam uma relação entre si, ou seja, existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra;

Quando o valor de prova for inferior a 5% (0,05), rejeita-se a hipótese nula, concluindo-se que as duas variáveis estão relacionadas. Quando o valor de prova do teste for superior ao valor de referência de 5%, não podemos rejeitar a hipótese nula, de que as duas variáveis são independentes, ou seja, conclui-se que elas não estão relacionadas.

#### 4.2.1.5. Teste t de Student

Os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população. O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Quando os grupos das amostras em estudo são grandes, a distribuição tende para a normalidade. De acordo com Murteira *et al.* (2001), para amostras com mais de 30 elementos em cada um dos grupos em estudo, a violação do pressuposto da normalidade não põe em causa as conclusões (Gravetter & Wallnau, 2000, p 302; Stevens, 1996, p 242). Como a dimensão da amostra está nestas condições, não será necessário verificar os pressupostos e podem aplicar-se os testes paramétricos, nomeadamente o t de Student.

O teste paramétrico t de Student, como explicado por Maroco (2011, p. 199-204), permite analisar uma variável quantitativa nas duas classes de uma variável qualitativa dicotómica, por forma a verificar a significância das diferenças entre as médias observadas para ambos os grupos da variável dicotómica. O teste t coloca as seguintes hipóteses:

- $H_0$ : Não existe diferença nas médias entre os grupos da variável dicotómica.
- $H_1$ : Existe diferença nas médias entre os grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é igual ou inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, portanto há diferenças entre os dois grupos<sup>23,24,25</sup>.

### **4.3. Considerações éticas**

Este projeto foi submetido à Comissão de ética do Hospital de Santarém, em 26 de fevereiro de 2018 e à Comissão de Ética do CHLN e CAML, obtendo, em abril de 2018, parecer favorável.

O estudo obedece aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados em matéria de investigação clínica, refletindo o primado da dignidade humana.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física dos participantes, cumpre as precauções essenciais tendo como desígnio minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados que lhe dizem respeito, em harmonia com o respetivo regime jurídico (Anexos 21 e 22).

## CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados da estatística, os resultados dos questionários aplicados, assim como a análise e a interpretação de resultados do estudo.

### 1. Amostra de 100 elementos

A amostra de 100 elementos é constituída por 50 médicos e 50 enfermeiros.

#### 1.1. Caracterização das respostas

**Tabela 4 - Tabela de frequências: 1. Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas.**

	Frequência	Percentagem
Figura 7	100	100,0
Total	100	100,0

Na amostra, relativamente à opção de resposta “1. Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas”, todos os elementos indicam a Figura 7 (resposta correta).

**Tabela 5 - Tabela de frequências: 2. Pedaços moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)**

	Frequência	Percentagem
Figura 1	8	8,0
Figura 2	1	1,0
Figura 5	85	85,0
Figura 6	6	6,0
Total	100	100,0

Na amostra, relativamente à opção de resposta “2. Pedacos moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)”, 85% indicam a Figura 5 (resposta correta), 8% indicam a Figura 1, 6% indicam a Figura 6 e 1% indica a Figura 2.

**Tabela 6 - Tabela de frequências: 3. Em forma de salsicha, mas grumosa**

	Frequência	Percentagem
Figura 2	95	95,0
Figura 3	1	1,0
Figura 4	3	3,0
Figura 5	1	1,0
Total	100	100,0

Na amostra, relativamente à opção de resposta “3. Em forma de salsicha, mas grumosa”, 85% indicam a Figura 2 (resposta correta), 3% indicam a Figura 4, 1% indica a Figura 3 e 1% indica a Figura 5.

**Tabela 7 - Tabela de frequências: 4. Pedacos fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado**

	Frequência	Percentagem
Figura 5	7	7,0
Figura 6	93	93,0
Total	100	100,0

Na amostra, relativamente à opção de resposta “4. Pedacos fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado”, 93% indicam a Figura 6 (resposta correta) e 7% indicam a Figura 5.

**Tabela 8 - Tabela de frequências: 5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície**

	Frequência	Porcentagem
Figura 2	3	3,0
Figura 3	97	97,0
Total	100	100,0

Na amostra, relativamente à opção de resposta “5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície”, 97% indicam a Figura 3 (resposta correta) e 3% indicam a Figura 2.

**Tabela 9 - Tabela de frequências: 6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole**

	Frequência	Porcentagem
Figura 2	1	1,0
Figura 3	2	2,0
Figura 4	97	97,0
Total	100	100,0

Na amostra, relativamente à opção de resposta “6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole”, 97% indicam a Figura 4 (resposta correta), 2% indicam a Figura 3 e 1% indica a Figura 2.

**Tabela 10 - Tabela de frequências: 7. Pedacos duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)**

	Frequência	Porcentagem
Figura 1	92	92,0
Figura 5	7	7,0
Figura 6	1	1,0
Total	100	100,0

Na amostra, relativamente à opção de resposta “7. Pedacos duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)”, 92% indicam a Figura 1 (resposta correta), 7% indicam a Figura 5 e 1% indica a Figura 6.

## 1.2. Nível de acerto e erro na correlação entre a imagem e sua descrição, usando o número absoluto de escolhas

**Tabela 11 - Tabela de frequências: BSFS**

	Incorreto		Correto	
	N	%	N	%
1. Aquosas, sem pedacos sólidos. Completamente líquidas.			100	100,0%
2. Pedacos moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)	15	15,0%	85	85,0%
3. Em forma de salsicha, mas grumosa	5	5,0%	95	95,0%
4. Pedacos fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado	7	7,0%	93	93,0%
5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície	3	3,0%	97	97,0%
6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole	3	3,0%	97	97,0%
7. Pedacos duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)	8	8,0%	92	92,0%

A percentagem de respostas corretas é de 100,0% para “1. Aquosas, sem pedacos sólidos. Completamente líquidas”, 85,0% para “2. Pedacos moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)”, 95,0% para “3. Em forma de salsicha, mas grumosa”, 93,0% para “4.



Pedaços fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado”, 97,0% para “5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície”, 97,0% para “6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole” e 92,0% para “7. Pedacos duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)”.

**Tabela 12 - Tabela de frequências: Total de respostas corretas**

	Frequência	Porcentagem
3	1	1,0
4	3	3,0
5	14	14,0
7	82	82,0
Total	100	100,0

Na amostra, 82% dão todas as respostas corretas, 14% dão cinco respostas corretas, 3% dão quatro respostas corretas e 1% dá três respostas corretas.

### 1.3. Análise da confiabilidade interna

**Tabela 13 - Estatísticas de consistência interna: BSFS**

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,639	7

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, pelo que podemos considerar que as sete variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: a BSFS.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, e que apenas o item 1 contribui para que o valor do Alfa não seja ligeiramente mais

elevado, mas tal deve-se ao facto de todos os respondentes darem a resposta correta a esta opção.

**Tabela 14 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: BSFS**

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1. Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas.	,000	,657
2. Pedaços moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)	,615	,489
3. Em forma de salsicha, mas grumosa	,416	,582
4. Pedaços fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado	,274	,629
5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície	,267	,625
6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole	,418	,591
7. Pedaços duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)	,404	,584

Portanto, verifica-se a consistência interna desta escala, ou seja, a confiabilidade, pelo que podemos concluir que a escala é validada por esta amostra.

#### 1.4. Comparação entre os grupos para todas as opções

Tabela 15 - Tabela de frequências: Comparação entre as respostas dadas por médicos e enfermeiros

Opção			Resposta		$\chi^2$	p
			Incorreta	Correta		
1. Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas.	Médico	N	0	50	n.d.	1,000
		% na Profissão	0,0%	100,0%		
	Enfermeiro	N	0	50		
		% na Profissão	0,0%	100,0%		
2. Pedacos moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)	Médico	N	11	39	3,843	* 0,050
		% na Profissão	22,0%	78,0%		
	Enfermeiro	N	4	46		
		% na Profissão	8,0%	92,0%		
3. Em forma de salsicha, mas grumosa	Médico	N	4	46	1,895	0,169
		% na Profissão	8,0%	92,0%		
	Enfermeiro	N	1	49		
		% na Profissão	2,0%	98,0%		
4. Pedacos fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado	Médico	N	5	45	1,382	,240
		% na Profissão	10,0%	90,0%		
	Enfermeiro	N	2	48		
		% na Profissão	4,0%	96,0%		
5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície	Médico	N	3	47	3,093	,079
		% na Profissão	6,0%	94,0%		
	Enfermeiro	N	0	50		
		% na Profissão	,0%	100,0%		
6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole	Médico	N	3	47	3,093	,079
		% na Profissão	6,0%	94,0%		
	Enfermeiro	N	0	50		
		% na Profissão	,0%	100,0%		
7. Pedacos duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)	Médico	N	7	43	4,891	* 0,027
		% na Profissão	14,0%	86,0%		
	Enfermeiro	N	1	49		
		% na Profissão	2,0%	98,0%		

\*  $p \leq 0,05$

## 1.5. Comparação entre os grupos para o total de respostas corretas

**Tabela 16 - Estatística descritiva e Teste t: Comparação entre o total de respostas corretas dadas por médicos e enfermeiros**

		N	Média	Desvio padrão	Teste $t_{98}$	p
Total de respostas corretas	Médico	50	6,34	1,118	-2,840	** 0,005
	Enfermeiro	50	6,84	,548		

\*\*  $p \leq 0,051$

O valor médio do total de respostas corretas é superior para enfermeiros (6,84) e inferior para médicos (6,34), sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste t ( $t_{98}=-2,840$ ;  $p=0,005$ ).

Portanto, o total de respostas corretas é significativamente superior para enfermeiros.

## 2. Amostra de 10 elementos

A amostra de 10 elementos é constituída por 5 médicos e 5 enfermeiros.

### 2.1. Análise Teste-Reteste

São apresentadas as respostas dadas pelos 10 elementos da amostra estudada no primeiro momento e no segundo momento da aplicação da BSFS, determinando-se assim as variações nas respostas obtidas.

**Tabela 17 - Tabela de frequências: Resposta “1. Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS**

		Aplicação 2
		Figura 7
Aplicação 1	Figura 7	10

Tanto na aplicação no momento 1 como no momento 2 da aplicação da Stool Form Scale, todos os 10 elementos da amostra responderam Figura 7 (a resposta correta) à opção “1. Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas”. Portanto, não ocorreram variações da primeira para a segunda aplicação. Podemos, então, concluir que o coeficiente Kappa de Cohen será de 1,000, existindo concordância perfeita entre as respostas nas duas aplicações relativamente a esta opção.

**Tabela 18 - Tabela de frequências: Resposta “2. Pedacos moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS**

		Aplicação 2			
		Figura 1	Figura 2	Figura 5	Figura 6
Aplicação 1	Figura 1		1		
	Figura 2				
	Figura 5			7	
	Figura 6				2

Relativamente à opção “2. Pedacos moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)”, um elemento respondeu Figura 1 na primeira aplicação da BSFS e respondeu Figura 2 na segunda aplicação, sete elementos responderam Figura 5 (a resposta correta) tanto na aplicação no momento 1 como no momento 2, e dois elementos responderam Figura 6 na aplicação no momento 1 e no momento 2. O valor do coeficiente Kappa de Cohen é de 0,787,

existindo concordância substancial entre as respostas nas duas aplicações relativamente a esta opção.

**Tabela 19 - Tabela de frequências: Resposta “3. Em forma de salsicha, mas grumosa” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS**

		Aplicação 2	
		Figura 1	Figura 2
Aplicação 1	Figura 1		
	Figura 2	1	9

Relativamente à opção “3. Em forma de salsicha, mas grumosa”, um elemento respondeu Figura 2 na primeira aplicação da BSFS e respondeu Figura 1 na segunda aplicação, os restantes nove elementos responderam Figura 2 (a resposta correta) tanto na aplicação no momento 1 como no momento 2. O valor do coeficiente Kappa de Cohen é de 0,474, existindo concordância moderada entre as respostas nas duas aplicações relativamente a esta opção.

**Tabela 20 - Tabela de frequências: Resposta “4. Pedacos fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS**

		Aplicação 2	
		Figura 5	Figura 6
Aplicação 1	Figura 5	2	
	Figura 6		8

Relativamente à opção “4. Pedacos fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado”, dois elementos responderam Figura 2 na primeira aplicação e na segunda aplicação da BSFS, os

restantes oito elementos responderam Figura 6 (a resposta correta) tanto na aplicação no momento 1 como no momento 2. Portanto, não ocorreram variações da primeira para a segunda aplicação, sendo o valor do coeficiente Kappa de Cohen de 1,000, existindo concordância perfeita entre as respostas nas duas aplicações relativamente a esta opção.

**Tabela 21 - Tabela de frequências: Resposta “5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS**

		Aplicação 2
		Figura 7
Aplicação 1	Figura 7	10

Tanto na aplicação no momento 1 como no momento 2 da aplicação da BSFS, todos os 10 elementos da amostra responderam Figura 3 (a resposta correta) à opção “5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície”. Portanto, não ocorreram variações da primeira para a segunda aplicação. Podemos, portanto, concluir que o coeficiente Kappa de Cohen será de 1,000, existindo concordância perfeita entre as respostas nas duas aplicações relativamente a esta opção.

**Tabela 22 - Tabela de frequências: Resposta “6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS**

		Aplicação 2
		Figura 4
Aplicação 1	Figura 4	10

Tanto na aplicação no momento 1 como no momento 2 da aplicação da BSFS, todos os 10 elementos da amostra responderam Figura 4 (a resposta correta) à opção “6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole”. Portanto, não ocorreram variações da primeira para a segunda aplicação. Podemos, então, concluir que o coeficiente Kappa de Cohen será de 1,000, existindo concordância perfeita entre as respostas nas duas aplicações relativamente a esta opção.

**Tabela 23 - Tabela de frequências: Resposta “7. Pedacos duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)” na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS**

		Aplicação 2	
		Figura 1	Figura 5
Aplicação 1	Figura 1	9	
	Figura 5		1

Relativamente à opção “7. Pedacos duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)”, um elemento respondeu Figura 5 na primeira aplicação e na segunda aplicação da BSFS, os restantes nove elementos responderam Figura 1 (a resposta correta) tanto na aplicação no momento 1 como no momento 2. Portanto, não ocorreram variações da primeira para a segunda aplicação, sendo o valor do coeficiente Kappa de Cohen de 1,000, existindo concordância perfeita entre as respostas nas duas aplicações relativamente a esta opção.

Na tabela seguinte, apresenta-se a concordância entre o total de respostas corretas nas duas aplicações da BSFS.



**Tabela 24 - Tabela de frequências: Total de respostas corretas na aplicação nos momentos 1 e 2 da BSFS**

		Aplicação 2		
		4	5	7
Aplicação 1	4			
	5	1	2	
	7			7

Relativamente ao total de respostas corretas, um elemento deu cinco respostas corretas na primeira aplicação da BSFS e deu quatro respostas corretas na segunda aplicação, dois elementos deram cinco respostas corretas tanto na aplicação no momento 1 como no momento 2, e os restantes sete elementos deram a totalidade de respostas corretas (sete respostas) na aplicação no momento 1 e no momento 2. O valor do coeficiente Kappa de Cohen é de 0,778, existindo concordância substancial entre o total de respostas corretas nas duas aplicações da BSFS.

**Tabela 25 - Resumo do Teste-Retest: Coeficiente Kappa de Cohen**

	Kappa de Cohen	Concordância
1. Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas.	1,000	Perfeita
2. Pedaços moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)	0,787	Substancial
3. Em forma de salsicha, mas grumosa	0,474	Moderada
4. Pedaços fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado	1,000	Perfeita
5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície	1,000	Perfeita
6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole	1,000	Perfeita
7. Pedaços duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)	1,000	Perfeita
Total de respostas corretas	0,778	Substancial

A partir dos resultados do teste-reteste, globalmente podemos concluir que existe uma concordância substancial para o total de respostas corretas, existe concordância perfeita para as opções de respostas “1. Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas”, “4. Pedaços fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado”, “5. Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície”, “6. Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole” e “7. Pedaços duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)”, existe concordância substancial para a opção de resposta “2. Pedaços moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)” e concordância moderada para a opção de resposta “3. Em forma de salsicha, mas grumosa”. Portanto, globalmente podemos concluir que os resultados do teste-reteste confirmam a reprodutibilidade da escala BSFS, uma vez que as medidas de concordância entre as duas aplicações da escala são quase sempre perfeitas, com duas exceções que apresentam concordância substancial e outra que apresenta concordância moderada.

## **CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A avaliação e a identificação das características das fezes são importantes para o seguimento e diagnóstico médico dos doentes com patologias gastrointestinais ou patologias derivadas de efeitos não desejados de terapêutica. A descrição destas características pode variar de acordo com o contexto cultural de cada país e a interpretação também pode ser diferente em diferentes grupos profissionais, de modo que unificar os parâmetros de avaliação ajuda e facilita o adequado tratamento destes doentes.

A BSFS, cuja versão portuguesa agora se propõe, trata-se de uma escala médica destinada a classificar a forma das fezes, facilitando o reconhecimento da gravidade da obstipação. Segundo os Critérios de Roma para o Diagnóstico de Desordens Gastrointestinais Funcionais, sugere-se o uso da BSFS como método eficiente para caracterizar os hábitos intestinais e facilitar o diagnóstico.

A versão portuguesa da BSFS (BSFS-PT) revelou grandes semelhanças com o original. A tradução e a adaptação não revelaram dificuldades na sua consistência interna, considerando que as sete variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão, como é confirmado pelo valor do Alfa de Cronbach que é superior ao valor de 0,60, e que apenas o item 1 contribui para que o valor do Alfa não seja ligeiramente mais elevado, mas tal deve-se ao facto de todos os respondentes darem a resposta correta a esta opção. Portanto, verifica-se a consistência interna da BSFS-PT, sendo reproduzível, confiável e válida, pelo que podemos determinar que a escala é validada por esta amostra e pode ser utilizada para identificar as características das fezes na população portuguesa.

Destaca-se também que o valor médio do total de respostas corretas é superior para enfermeiros (6,84) e inferior para médicos (6,34), sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste t ( $t_{89}=-2,840$ ;  $p=0,005$ ); este resultado foi considerado relevante, justificando-se que o total de respostas corretas é significativamente superior para enfermeiros, porque este grupo tem maior contacto diário com os doentes durante o internamento hospitalar e são quem geralmente aplica a escala no serviço. Assim, o facto de o maior número de respostas corretas corresponder ao grupo profissional encarregado de vigiar e registar as dejeções no processo clínico confere maior validade à BSFS-PT.

O teste-reteste confirmam a reprodutibilidade da escala BSFS-PT, uma vez que as medidas de concordância entre as duas aplicações da escala são quase sempre perfeitas, com duas exceções:

Primeira exceção – a resposta “2. Pedacos moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)”, que apresenta concordância substancial;

Segunda exceção – a resposta “3. Em forma de salsicha, mas grumosa”, que apresenta concordância moderada.

Os estudos que traduziram e adaptaram escalas utilizaram uma metodologia semelhante à apresentada na presente pesquisa, em particular o estudo “Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira”<sup>26</sup>.

A nível de metodologia, foram realizadas sucessivas etapas, tais como: tradução, adaptação cultural e validação. Entre ambas versões, a adaptação cultural foi uma etapa bastante significativa, porque, como dizem os autores da versão brasileira, “além da linguagem, a

cultura local pode influenciar a forma de expressão”. Assim, a nível de tradução, ocorreram diferenças na versão do português do Brasil e na BSFS-PT, no que respeita à denominação das características das fezes, de acordo com o contexto cultural de cada país.

Os resultados comparativos, obtidos no nosso estudo e naquele realizado para a validação da versão brasileira, diferem, apesar de serem semelhantes em relação ao número de sujeitos estudados (proporção da amostra em relação à população do país). Assim, no caso brasileiro, destaca-se que o valor médio do total de respostas corretas é superior para médicos e inferior para enfermeiros, diferentemente do resultado do nosso estudo.

No que diz respeito às limitações do estudo, há a considerar o seguinte: em 28 de fevereiro de 2017, a Norgine Pharmaceuticals, que detém os direitos autorais, concedeu a permissão para usar a BSFS, autorizando a tradução, validação e adaptação para o português de Portugal, com a condição de lhe prestar os devidos direitos autorais, nos seguintes termos: “Reproduced by kind permission of Dr K W Heaton, Reader in Medicine at the University of Bristol. 2000 Norgine Pharmaceuticals Ltd”. Ficou determinado que seria a Norgine Iberia que aprovaria a tradução e adaptação para o português.

Deu-se, então, continuidade aos trâmites relacionados com o projeto da tese, na Universidade de Lisboa, tendo sido realizado o processo de tradução e adaptação cultural da BSFS para a população portuguesa.

Em 21 de maio de 2018, foi enviado o documento final para a Norgine Iberia, sem, contudo, ter havido resposta. Durante os meses de junho, julho e agosto de 2018, prosseguiram os

esforços no sentido de se estabelecer o contacto com os diferentes delegados médicos da empresa, mas não houve resposta. (Anexos 11 a 19)

Assim, a principal limitação do presente estudo é a falta de aprovação, por parte do laboratório detentor dos direitos de autor, da tradução e adaptação para população portuguesa da BSFS.

Perante os avanços realizados na investigação, continuou-se com o processo de validação para a população portuguesa, seguindo o modelo de Beaton et al. (2000).

Uma outra limitação do estudo tem a ver com a população e amostra, nomeadamente com o facto de não terem sido incluídos nos critérios itens como o número de anos de experiência profissional, o sexo e o serviço de proveniência, pois poder-se-ia, também, caracterizar e analisar as diferenças entre os participantes.

## CONCLUSÃO

Apresentam-se a seguir as conclusões gerais e considerações finais.

### 1. Conclusões gerais

O instrumento BSFS, realizado originalmente em inglês pelo Dr. K W Heaton, Leitor em Medicina da Universidade de Bristol, foi traduzido e adaptado culturalmente de acordo os passos metodológicos propostos por Beaton et al. (2000).

Conforme a avaliação do grupo investigador, a versão em português para a população de Portugal da BSFS manteve a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceptual do instrumento original, mantendo validade em relação ao realizado pelo autor original.

Os resultados do teste-reteste confirmam a reprodutibilidade da escala BSFS, uma vez que as medidas de concordância entre as duas aplicações da escala são quase sempre perfeitas, com duas exceções que apresentam concordância substancial e outra que apresenta concordância moderada.

Pelo resultado do valor do Alfa de Cronbach, considera-se que as sete variáveis medem, de forma aceitável, uma única dimensão: a BSFS. O testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, e que apenas o item 1 contribui para que o valor do Alfa não seja ligeiramente mais elevado, mas tal deve-se ao facto de todos os respondentes darem a resposta correta a esta opção.

Portanto, verifica-se a consistência interna desta escala, ou seja, a confiabilidade, pelo que podemos concluir que a escala é validada por esta amostra.

Em relação às limitações deste estudo, é importante salientar que, após a autorização por parte do laboratório detentor dos direitos da BSFS para se dar início à investigação, deu-se a posterior falta de resposta por parte do mesmo laboratório para a aprovação da escala traduzida e adaptada para a população portuguesa.

Da comparação entre os grupos para o total de respostas corretas, pode-se concluir que o valor médio deste total é superior para enfermeiros e inferior para médicos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste, portanto, o total de respostas corretas é significativamente superior para os enfermeiros.

## **2. Considerações finais**

O estudo foi desenvolvido com rigor científico, comparável a outras versões, tendo sido atingidos os objetivos de tradução, adaptação cultural e validação da BSFS.

A BSFS-PT tem grande utilidade na prática clínica para identificar as características das fezes, sendo de fácil utilização e compreensão.

Pelo estudo realizado, a escala revelou-se reprodutível, confiável e válida no meio hospitalar, no contexto cultural português.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beaton D et al. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 25(24):3186-91.
2. 1. Heaton, KW.; Radvan, J.; Cripps, H.; Mountford, RA.; Braddon, FE.; Hughes, AO. (junho 1992). "Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study". *Gut*. 33 (6): 818–24. doi:10.1136/gut.33.6.818. PMC 1379343. PMID 1624166.
3. Ihrig T, Wall G (2013). *Palliave Care and Symptom Management*. <http://ihrigmd.com/wp-content/uploads/2013/07/Palliative-Care-And-Symptom-Management.pdf>
4. Fallon M, O'Neill B (1997). ABC of palliative care. Constipation and diarrhoea. *BMJ*. Vol 315
5. National Institutes of Health (2003). Constipation. *National Digestive Diseases Information Clearinghouse*. Publication No. 04–2754. <http://sfsurgery.com/wp-content/uploads/2014/06/Constipation.pdf>
6. Sobrado C et al. (2018). Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. *Journal of Coloproctology*, 38; 137-144. doi:10.1016/j.jcol.2018.02.003
7. Gonçalves J (2018). Obstipação. *Medicina Paliativa*. <http://www.medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/180710210617.pdf>
8. Menéndez F (2015). *Prevalência e repercussão da obstipação no doente oncológico*. Lisboa : FLUL.
9. Bernardo A et al. (2016). *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal - Posição da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Lisboa: APCP.

10. Olesen A, Mohr Drewes A (2011). Validated Tools for Evaluating Opioid-Induced Bowel Dysfunction. *Advances in therapy*. 28. 279-94. 10.1007/s12325-011-0006-4.
11. Borsa J et al. (2012). Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia*, Vol. 22, No. 53, 423-432. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
12. Maroco J (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.<sup>a</sup> Edição. Edições ReportNumber
13. Pestana M, Gageiro J (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. 5.<sup>a</sup> Ed. Rev. e corrigida, Lisboa: Edições Sílabo
14. Altman D (1999). *Practical statistics for medical research*. New York, NY: Chapman & Hall/CRC Press
15. Landis J, Koch G (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174
16. Anastasi A (1990). *Psychological testing*. NY: McMillan
17. Cronbach L (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16, 297-334
18. DeVellis R (1991). *Scale Development. Theory and applications*. Londres: Sage Publications
19. Hill M, Hill A (2002). *Investigação por questionário* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Sílabo
20. Muñoz J (2003). *Teoria clássica de los tests*. Madrid: Pirâmide
21. Muñoz J, Fidalgo A, García-Cueto E, Martinez R, Moreno R (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla
22. Nunnaly J (1978). *Psychometric theory*. NY: McGraw-Hill

23. Gravetter F, Wallnau L (2000). *Statistics for the behavioral sciences* (5.<sup>a</sup> ed.). Belmont, CA: Wadsworth
24. Murteira B, Ribeiro C, Silva J, Pimenta C (2001). *Introdução à estatística*. Lisboa: McGraw-Hill
25. Stevens J (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3.<sup>a</sup> ed.). Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum
26. Martinez AP, Azevedo GR. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun. 2012 [acesso em: 12-09-2018]; ;20(3):[7 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a21v20n3.pdf?fbclid=IwAR1FDMIONLgjGXE8UAG5MSPoIHLbg1AqE4tV8hli9zzFKA1kRAcd0HAL4z4](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a21v20n3.pdf?fbclid=IwAR1FDMIONLgjGXE8UAG5MSPoIHLbg1AqE4tV8hli9zzFKA1kRAcd0HAL4z4)








## **ANEXOS**

## Anexo 1

### Instrumento de recolha de dados para a Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa.

A Escala de Bristol ou Escala de fezes de Bristol serve para classificar em sete categorias a forma das fezes humanas.

Faça corresponder cada imagem numerada da **coluna A** ao respetivo descritor da **coluna B**.

Coluna A	
	<b>1</b>
	<b>2</b>
	<b>3</b>
	<b>4</b>
	<b>5</b>
	<b>6</b>
	<b>7</b>

Coluna B	
	Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas.
	Pedaços moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)
	Em forma de salsicha, mas grumosa
	Pedaços fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado
	Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície
	Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole
	Pedaços duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)

Assinale com X, num dos seguintes itens, a profissão que exerce:

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro

Obrigado pela sua participação.

**Anexo 2**

Juan Puentes &lt;juampuentes@gmail.com&gt;

**RE: Bristol Scale Validation Request [NOR-080217-441][4]**

7 mensagens

**Iberia Medical Info** <iberiamedinfo@norgine.com>

28 de fevereiro de 2017 às 12:20

Para: Juan Puentes &lt;juampuentes@gmail.com&gt;

Cc: Medical Inquiry Info &lt;MedicalInquiryInfo@norgine.com&gt;, Iberia Medical Info &lt;iberiamedinfo@norgine.com&gt;

Dear Dr Puentes

Norgine Pharmaceuticals can grant you permission to use the scale (including the various adaptations) subject to (a) Norgine approving the adaptation and (b) the following acknowledgement being added (translated as required):

**“Reproduced by kind permission of Dr K W Heaton, Reader in Medicine at the University of Bristol. © 2000 Norgine Pharmaceuticals Ltd”**

Norgine Iberia should review the Portuguese translation.

Best regards

**Yolanda Riesgo****Interim Medical Advisor****Norgine**

Norgine Iberia

c/Julian Camarillo 21B 4º 28037

Madrid (Spain)

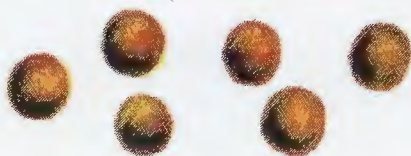
Telephone number: +34 913756543

Mobile number: +34 636996389

E-mail address: [YRiesgo@norgine.com](mailto:YRiesgo@norgine.com)[www.norgine.com](http://www.norgine.com)

## ESCALA DE BRISTOL DA FORMA DAS FEZES

*Tipo 1*



Bolas duras e separadas umas das outras, como nozes (difíceis de passar)

*Tipo 2*



Com a forma de uma salsicha mas com altos

*Tipo 3*



Semelhante a uma salsicha mas com fissuras na sua superfície

*Tipo 4*



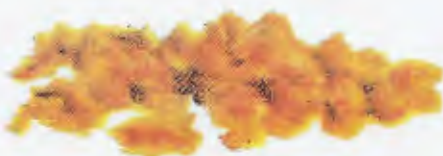
Semelhante a uma salsicha ou a uma cobra, liso e suave

*Tipo 5*



Pedaços suaves com bordas bem definidas (passa facilmente)

*Tipo 6*



Pedaços fofos com bordas irregulares, fezes moles

*Tipo 7*



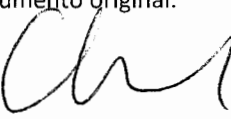
Aquoso, sem pedaços sólidos, **COMPLETAMENTE LÍQUIDO**

## **Anexo 4**

# **ESCALA DE FEZES DE BRISTOL**

Tipo 1	[imagem]	Em pedaços individuais e sólidos, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)
Tipo 2	[imagem]	Em forma de salsicha, mas grumosa
Tipo 3	[imagem]	Em forma de salsicha, mas com rachas na sua superfície
Tipo 4	[imagem]	Em forma de salsicha, ou cobra, de superfície lisa e textura mole
Tipo 5	[imagem]	Pedaços suaves, de contorno evidente (fáceis de expelir)
Tipo 6	[imagem]	Pedaços pastosos, de contorno irregular, do tipo empapado
Tipo 7	[imagem]	Águadas, sem pedaços sólidos  COMPLETAMENTE LÍQUIDAS








Assino em como a tradução acima, feita por mim, está fiel  
ao documento original.



A Tradutora (Cátia Nogueira)



## Escala de fezes de Bristol

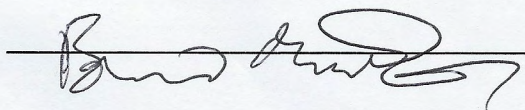
Tipo 1		Pedaços duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)
Tipo 2		Em forma de salsicha, mas grumosa
Tipo 3		Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície
Tipo 4		Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole
Tipo 5		Pedaços moles, com contornos bem definidos (fáceis de expelir)
Tipo 6		Pedaços fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado
Tipo 7		Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas.

## Anexo 6

### BRISTOL STOOL CHART

Type 1	[image]	Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2	[image]	Sausage-shaped, but lumpy
Type 3	[image]	Sausage- like, but with cracks on its surface
Type 4	[image]	Sausage-like, or snake, smooth and soft
Type 5	[image]	Soft lumps, with a clear-cut shape (easy to pass)
Type 6	[image]	Fluffy lumps, irregular shape, of a mushy sort
Type 7	[image]	Watery, without any solid lumps. Totally liquid

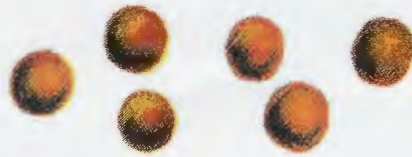
this translation is according to its original





# Bristol Stool Scale

Type 1



Hard and separate pieces,  
similar to nuts (hard to expel)

Type 2



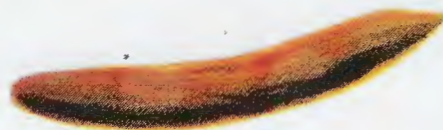
With the shape of a sausage,  
but lumpy

Type 3



Similar to a sausage, but with  
cracks on its surface

Type 4



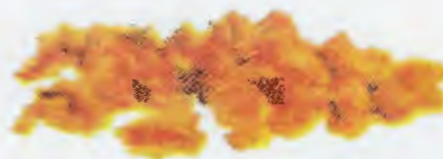
Similar to a sausage or a snake,  
smooth and soft

Type 5



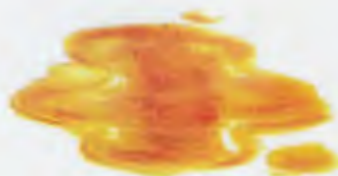
Soft pieces, with well-  
defined edges (easy to  
expel)

Type 6



Soft pieces, with irregular  
edges, soggy








Type 7



Watery, without solid pieces,  
completely liquid






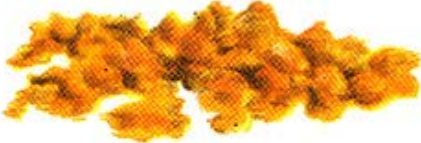

## Anexo 8

# Bristol Stool Scale

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped, but lumpy
Type 3		Sausage-like, but with cracks on its surface
Type 4		Sausage-like, or snake, smooth and soft
Type 5		Soft lumps, with a clear-cut shape (easy to pass)
Type 6		Fluffy lumps, irregular shape, of a mushy sort
Type 7		Watery, without solid pieces, completely liquid

Reproduced by kind permission of Dr K W Heaton, Reader in Medicine at the University of Bristol. © 2000 Norgine Pharmaceuticals Ltd

## Escala de fezes de Bristol

Tipo 1		Pedaços duros, separados, semelhantes a nozes (difíceis de expelir)
Tipo 2		Em forma de salsicha, mas grumosa
Tipo 3		Semelhante a uma salsicha, mas com fissuras na sua superfície
Tipo 4		Semelhante a uma salsicha, ou cobra, lisa e mole
Tipo 5		Pedaços moles, com contornos bem-definidos (fáceis de expelir)
Tipo 6		Pedaços fofos, de contornos irregulares, do tipo empapado
Tipo 7		Aquosas, sem pedaços sólidos. Completamente líquidas.

## Anexo 10

Juan Puentes <[juampuentes@gmail.com](mailto:juampuentes@gmail.com)>

11/06/2018, 21:47

para Yolanda

---

----- Forwarded message -----

From: **Juan Puentes** <[juampuentes@gmail.com](mailto:juampuentes@gmail.com)>

Date: 2018-05-21 0:01 GMT+01:00

Subject: Re: Bristol Scale Validation Request [NOR-080217-441][4]

To: Iberia Medical Info <[iberiamedinfo@norgine.com](mailto:iberiamedinfo@norgine.com)>

Dra. Yolanda Riesgo  
Interim Medical Advisor  
Norgine  
Norgine Iberia  
c/Julian Camarillo 21B 4º 28037  
Madrid (Spain)

Sending the cultural adaptation of the Bristol Stool Form Scale to the Portuguese population.

During the Master Course in Palliative Care, the Bristol Stool Form Scale was translated and adapted for the Portuguese population, using the methodology described below.

The Portuguese translation and the respective back translation were performed by professionals with Portuguese and English proficiency. The procedures performed were as follows:

- Conventional translation: two translators (A and B) made the translation into Portuguese;
- Back translation: two other translators (C and D) made the retroversion to English;
- The team of experts adjusted the back translation - the version that I sent to Norgine Pharmaceuticals, for approval and obtaining the definitive version.

Once the version now sent to Norgine Pharmaceuticals has been approved, the scale will be validated for the population of Portugal .

Best regards

## Anexo 11

Pedido de autorización de documento para traducción y adaptación cultural de the Bristol Stool Form Scale para Portugal.



**Juan Puentes** <juampuentes@gmail.com>  
para Yolanda, Iberia ▾

segunda, 16/07, 23:33 ☆



Buenos días.

Respetados señores,

Com previa autorización de Norgine Pharmaceuticals Ltd, estoy realizando la traducion y adaptacion para la población portuguesa de the Bristol Stool Form Scale, como trabajo de tese en el mestrado en cuidados paliativos, en la Universidad de Lisboa.

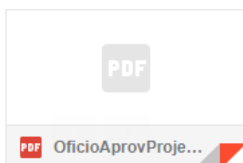
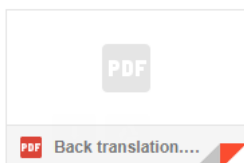
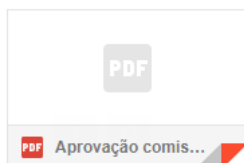
Envio el documento de la traducion y retroversion, para su autorizacion.

Si Norgine Pharmaceuticals Ltd, no esta de acuerdo con la traducion y retroversion realizada, puede indicarme los ajustes o el documento en español de la Bristol Stool Form Scale para continuar a realizar la validacion en Portugal.

Muchas gracias

...

3 Anexos



## Anexo 12

# Pedido de autorización de documento para traducción y adaptación cultural de the Bristol Stool Form Scale para Portugal.



Juan Puentes <juampuentes@gmail.com>

segunda,  
16/07, 23:33

para Yolanda, Iberia

Buenos días.

Respetados señores,

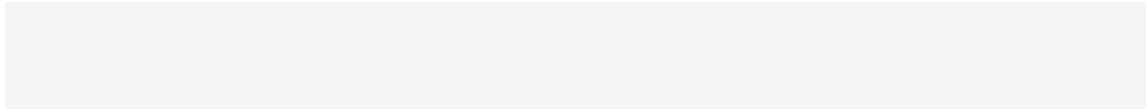
Com previa autorización de Norgine Pharmaceuticals Ltd, estoy realizando la traducion y adaptacion para la población portuguesa de the Bristol Stool Form Scale, como trabajo de tese en el mestrado en cuidados paliativos, en la Universidad de Lisboa.

Envio el documento de la traducion y retroversion, para su autorizacion.

Si Norgine Pharmaceuticals Ltd, no esta de acuerdo con la traducion y retroversion realizada, puede indicarme los ajustes o el documento en español de la Bristol Stool Form Scale para continuar a realizar la validacion en Portugal.

Muchas gracias

**3 Anexos**






## Anexo 13

Mariana Ramos

Sales representative na Norgine

...


7 DE AGO



Juan Puentes • 22:37

Sou médico do Hospital de Santarém, estou a realizar a tese de mestrado Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa.  
Por favor, pode contactar-me, a fim de falarmos sobre este assunto relacionado com a farmaceutica Norgine.  
[juampuentes@gmail.com](mailto:juampuentes@gmail.com)

Mariana Ramos agora é sua conexão



## Anexo 14



## Anexo 15

Juan Puentes <[juampuentes@gmail.com](mailto:juampuentes@gmail.com)>

quinta,  
23/08,  
00:03

para francisco-fernandes

Bom dia,

Sou médico do Hospital de Santarém e estou a realizar uma tese de mestrado na Universidade de Lisboa intitulada “Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa.”

Já obtive a respetiva autorização da Dra. Yolanda Riesgo (Interim Medical Advisor, Norgine Iberia. c/Julian Camarillo 21B 4º 28037, Madrid).

Até ao momento realizei a tradução e adaptação cultural da Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa que, entretanto, enviei para aprovação da farmacêutica Norgine. Contudo, não obtive resposta do último email enviado para a Dra. Yolanda Riesgo.

Estou a contactar o Francisco Fernandes para pedir o seu apoio e orientação como posso obter aprovação do documento.

Aguardo a sua resposta,

Juan Puentes

Contacto: [juampuentes@gmail.com](mailto:juampuentes@gmail.com)

## Anexo 16

JuanPuentes<[juampuentes@gmail.com](mailto:juampuentes@gmail.com)>

terça,  
4/09,  
17:42

para Yolanda

----- Forwarded message -----

From: **Juan Puentes** <[juampuentes@gmail.com](mailto:juampuentes@gmail.com)>

Date: segunda, 16/07/2018 à(s) 23:33

Subject: Pedido de autorización de documento para traducción y adaptación cultural de the Bristol Stool Form Scale para Portugal.

To: Yolanda Riesgo <[YRiesgo@norgine.com](mailto:YRiesgo@norgine.com)>, Iberia Medical Info <[iberiamedinfo@norgine.com](mailto:iberiamedinfo@norgine.com)>

Buenos dias

Dra. Yolanda

Anteriormente le envie mensajes para realizar mi tesis de maestria

Com previa autorización de Norgine Pharmaceuticals Ltd, estoy realizando la traducion y adaptacion para la población portuguesa de the Bristol Stool Form Scale, como trabajo de tese en el mestrado en cuidados paliativos, en la Universidad de Lisboa.

Envio el documento de la traducion y retroversion, para su autorizacion.

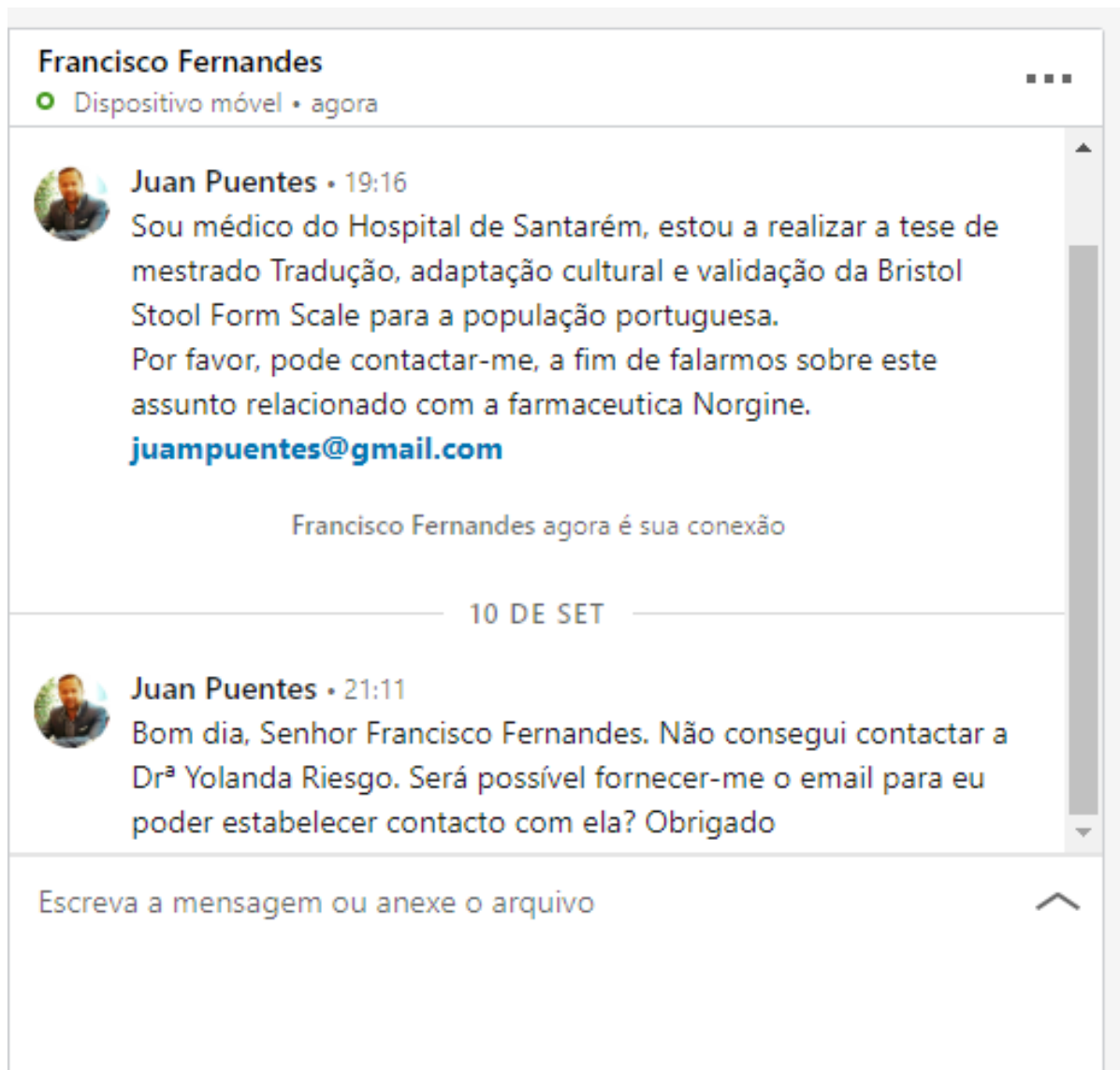
Si Norgine Pharmaceuticals Ltd, no esta de acuerdo con la traducion y retroversion realizada, puede indicarme los ajustes o el documento en español de la Bristol Stool Form Scale para continuar a realizar la validacion en Portugal.

Si tiene un documento em portugues puedo continuar con la validación de la escala para la población portuguesa.

Muchas gracias

---

## Anexo 17



## Anexo 18

21/05/201  
8, 00:01

Juan\_Puentes<juampuentes@gmail.com>

para Iberia

Dra. Yolanda Riesgo  
Interim Medical Advisor  
Norgine  
Norgine Iberia  
c/Julian Camarillo 21B 4º 28037  
Madrid (Spain)

Sending the cultural adaptation of the Bristol Stool Form Scale to the Portuguese population.

During the Master Course in Palliative Care, the Bristol Stool Form Scale was translated and adapted for the Portuguese population, using the methodology described below.

The Portuguese translation and the respective back translation were performed by professionals with Portuguese and English proficiency. The procedures performed were as follows:

- Conventional translation: two translators (A and B) made the translation into Portuguese;
- Back translation: two other translators (C and D) made the retroversion to English;
- The team of experts adjusted the back translation - the version that I sent to Norgine Pharmaceuticals, for approval and obtaining the definitive version.

Once the version now sent to Norgine Pharmaceuticals has been approved, the scale will be validated for the population of Portugal .

Best regards

---

# NOTA DE SERVIÇO INTERNA

N.º 07 Data 12/03/2018

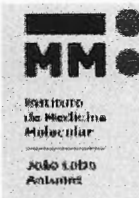
## Informação

## Despacho:

Autorizado.  
 O CA reconhece a importância e  
 o interesse do estudo, aguardando  
 o resultado.  
 18/3/14  
 H.D.S.  
 Conselho de Administração  
 Dr. José António, Presidente  
 Dr. J. Vaz Rito, vogal Executivo  
 Dr.ª Maria Lopes Jorge, Diretora Clínica  
 En.ª Ilda Veiga, Enfermeira Directora

De	Director do Serviço de Medicina 4	Para	Presidente do Conselho de Administração
C/C			

Assunto	Inquérito
<p>Exmo.Sr.</p> <p>Presidente do CA do H de Santarém EPE</p> <p>A pedido do interno do Serviço de Medicina 4, Juan Puentes, que se encontra a frequentar o mestrado em Cuidados Paliativos solicito autorização para que possa ser realizado no serviço um inquérito destinado a médicos e enfermeiros sobre o projecto descrito na documentação anexa e que envolve a validação de um questionário traduzido para português de reconhecimento de diarreia e obstipação. O mesmo não interfere no regime de laboração normal do serviço - não tem também implicações financeiras.</p> <p>Como director do Serviço não coloco objecções à sua realização.</p>	
<p>O Director do Serviço de Medicina 4</p> <p>(Dr. Luis Siopa)</p>	



**Presidente**

Prof. Doutor José Luís B. Ducla Soares (CHLN e CAML)

**Vice-Presidente**

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira (CAML)

**Membros**

Prof. Doutor Alexandre Mendonça (CHLN)

Profª. Doutora Ana Isabel Lopes (CHLN)

Padre Fernando Sampaio (CHLN)

Mestre Enfª. Graça Roldão (CHLN)

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda (CAML)

Prof. Doutor João Lavinha (CAML)

Profª. Doutora Maria do Céu Rueff (CAML)

Profª. Doutora Mafalda Videira (CAML)

Prof. Doutor Mário Miguel Rosa

Dra. Mónica Capristano (CHLN)

Exmo. Senhor

Dr. Juan Carlos Perdomo Puentes

Rua José Afonso, N° 2 - 2º Dtº

2615-105 SANTARÉM

Lisboa, 30 de Abril de 2018

Nossa Refª. N° 126/18

**Assunto:** Estudo "Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população portuguesa"

**Relator – Dra. Mónica Capristano**

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Curso de Especialização conducente ao grau de Mestre em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, em Abril de 2018, parecer favorável da Comissão de Ética.

A presente decisão será ratificada na reunião a realizar no dia 8 de Maio de 2018, para registo em Ata

O estudo obedece aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados em matéria de investigação clínica, reflectindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais tendo como desígnio minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, em harmonia com o respetivo regime jurídico

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CHLN e CAML

Prof. Doutor José Luís B. Ducla Soares